

ASSL Carbonia-Iglesias
Direzione

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
PER CPS INFERMIERI E COORDINATORI CATEGORIA D E DS
FINALIZZATO ALLA FORMAZIONE DI ELENCO IDONEI PER LA COPERTURA DEI TURNI
DELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - USCA**

L'Area Socio Sanitaria Locale di Carbonia, in seguito a quanto indicato nell'Allegato 1) della Deliberazione del Commissario Straordinario n. 257 del 15/04/2020 "Istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e riorganizzazione delle Cure Primarie", ha la necessità di utilizzare apposito elenco di personale dipendente del profilo CPSI cat. D e Coordinatori cat.D e DS da attribuire, a completamento della turnistica alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale.

Le USCA saranno attive sette giorni su sette dalle ore 08:00 alle ore 20:00.

In questa fase di emergenza il ruolo essenziale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), coordinate dal Distretto Socio Sanitario, consiste nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, attraverso una rete che vede coinvolti i MMG, PLS, MCA, PUA-UVT, Servizi di Sanità Pubblica, Servizi Sociali dei Comuni, in particolare:

1. Presa in cura e sorveglianza sanitaria territoriale attiva di:

- * pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi o paucisintomatici non ricoverati;
- * pazienti sintomatici o con sintomatologia sospetta, che il MMG non riesce a gestire telefonicamente o sul territorio (febbre persistente non responsiva a terapia antibiotica, tosse persistente, lieve dispnea);
- * pazienti in isolamento fiduciario per contatti di caso;
- * pazienti sintomatici senza evidenza di contatto;
- * pazienti fragili, cronici o affetti da patologie invalidanti più vulnerabili.

Possono inoltrare domanda i Dipendenti già assegnati alle Strutture dell'ASSL di Carbonia/Iglesias, inquadrati nel profilo di CPS infermiere cat.D, Coordinatori cat.D e DS, in prestazioni aggiuntive:

- che abbiano un contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- che abbiano superato il periodo di prova;
- che non abbiano esclusioni di alcun tipo dai turni di lavoro che ne richiedano la piena idoneità psicofisica.

L'assegnazione provvisoria sarà effettuata previa verifica dell'idoneità psico-fisica alla specifica funzione a cura del Medico Competente.

I Dipendenti interessati dovranno presentare domanda, debitamente sottoscritta, mediante la compilazione dell'allegato schema, includendo i documenti e titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione positiva del curriculum di carriera e professionale da allegare obbligatoriamente alla domanda.

In presenza di più domande, rispetto alle necessità previste ai sensi dell'art. 8 del Regolamento Unico Gestione del Personale di cui alla delibera n.1325 del 28.12.2016, sarà effettuata una valutazione positiva e comparata del curriculum degli aspiranti in relazione al posto da ricoprire.

Si comunica che per il personale infermieristico che intende aderire alla suddetta manifestazione d'interesse è previsto un breve training formativo riguardo le specifiche attività del Team.

DIREZIONE SERVIZIO PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE ZONA SUD
SARDEGNA

La precedente esperienza nelle attività richieste al Team che si dovrà istituire, ivi comprese le operazioni di vestizione/svestizione dei dispositivi di protezione individuale, costituirà titolo preferenziale ma non assoluto.

Il provvedimento di valutazione dei curriculum dei Candidati non dà luogo pertanto a formazione di graduatoria ma unicamente a giudizi motivati di maggiore confacenza o di non confacenza dei Candidati al posto da ricoprire.

Le domande in carta semplice dovranno tassativamente pervenire **entro 7 (sette) giorni dalla pubblicazione del presente Avviso**, secondo le modalità di seguito riportate:

- raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo:

ASSL Carbonia

Via Dalmazia 83

09013 Carbonia,

per la quale, quanto alla data di presentazione, farà fede il timbro postale;

- tramite utilizzo della posta elettronica entro il termine di scadenza previsto al seguente indirizzo di posta elettronica a staffsps.carbonia@atssardegna.it;

Se il termine per la presentazione delle domande dovesse coincidere con un giorno festivo, sarà spostato al primo giorno feriale successivo.

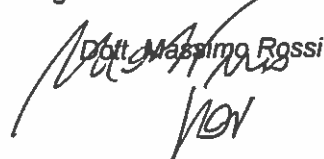
L'elenco dei Candidati in possesso dei requisiti specifici di ammissione verrà pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Bandi di concorso", alla pagina <http://www.aslcarbonia.it/albopretorio/concorsi/>.

Gli aspiranti saranno interpellati esclusivamente per la mobilità prescelta; la rinuncia deve sempre essere fatta per iscritto entro cinque giorni dalla proposta di diversa assegnazione e comporta l'esclusione.

D'ordine del Direttore del Servizio delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche
SUD Sardegna

Dott. Pierpaolo Pateri

Posizione Organizzativa S.P.I.O.S.S


Dott. Massimo Rossi
NOV

ASSL Carbonia
Direzione
ALLEGATO B



**DIREZIONE SERVIZIO PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE ZONA SUD
SARDEGNA**

SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore
ASSL Carbonia
Via Dalmazia 83
09013 CARBONIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente (da almeno 6 mesi) in _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Recapiti Telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di manifestazione di interesse per partecipare ad elenco di personale dipendente CPS Infermiere categoria D, coordinatori cat.D e DS idoneo per assicurare i turni H12 nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA),

A tal fine dichiara di:

- di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di CPSI , Categoria....., in servizio

presso il Servizio/Unità operativa di

- di essere in possesso dell'idoneità alla mansione e di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione alla manifestazione di interesse di cui sopra.

Dichiara inoltre, ai fini della valutazione della confacenza al posto a cui si candida di aver prestato servizio in qualità di CPSI (indicare solo Enti, Ospedali, ASL e non U.O.):

dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____
dal ____/____/____	al ____/____/____	, presso _____

di avere la seguente situazione familiare:

- non coniugata, senza figli
- coniugata con coniuge convivente
- coniugata con _____ figlio/figli
- non coniugata con figlio/_____ figli minori conviventi
- coniugata con figlio/_____ figli minori conviventi
- n° _____ genitori ultra 65 enni conviventi

Data,

FIRMA